

Міністерство освіти та науки, молоді та спорту України
Міністерство охорони здоров'я
Сумський державний університет
Медичний інституту



АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ТЕРЕТИЧНОЇ ТА ПРАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

Topical Issues of Clinical and Theoretical Medicine

**Збірник тез доповідей
III Міжнародної науково-практичної конференції
Студентів та молодих вчених
(Суми, 23-24 квітня 2015 року)**

Суми
Сумський державний університет
2015

Таким чином, необхідність вивчення функціонального стану серцево-судинної системи в дітей, хворих на хронічний тонзиліт, в умовах фізичного навантаження є найважливішим превентивним заходом для запобігання прогресуванню захворювання в подальшому.

КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ІНФЕКЦІЙНОГО МОНОНУКЛЕОЗУ В ДІТЕЙ

Бинда Т. П., доцент, Абдуллаєва Н. Ф., магістрант

Сумський державний університет,

Кафедра педіатрії післядипломної освіти з курсами ПП і ДІ

Метою роботи було вивчення клініко-епідеміологічних особливостей перебігу інфекційного мононуклеозу (ІМ) у дітей м. Суми за 2013–2014 роки. Під спостереженням знаходилося 56 дітей віком від 6 міс. до 18 років. Віковий склад госпіталізованих був наступним: дітей у віці до 1 р. – 1 (1,8 %), з 1 до 2 р. – 12 (21,4 %), з 2 до 3 р. – 9 (16,1 %), з 3 до 6 р. 19 (33,9 %), старше 6 р. – 15 (26,8 %). Отже частіше (73,2 %) захворювання виявлялося у дітей дошкільного віку. Хлопчики склали 57 %, дівчатка – 43 %. Діагноз підтверджували виявленням у хворих антитіл класу Ig М до VCA/ВЕБ. Основна частина хворих госпіталізована в осінню (33,9 %) і зимову пори року (23,2 %). Госпіталізація хворих здебільшого була пізньою. У перші 3 дні захворювання госпіталізовано лише 41 % пацієнтів, до кінця 1-го тижня – 36 %, на 2-му тижні – 23%. За результатами аналізу карт стаціонарних хворих пізня госпіталізація була обумовлена амбулаторним лікуванням гострих респіраторних вірусних захворювань або тонзиліту. У більшості хворих захворювання розпочалося із закладеності носа (84 %), болю в горлі (79 %), збільшення лімфатичних вузлів (84 %). Підвищення температури тіла виявлялося у 54 хворих, у 41 (73 %) – вона утримувалась до 3 днів, у 11 (20 %) – 4–5 днів, у 2 (4 %) – 6–7 днів. Збільшення підщелепних лімфатичних вузлів відзначалося у 47 хворих: передньошийних – у 29 (52 %), підщелепних у 14 (25 %). Лакунарний тонзиліт зареєстровано у 44 (79 %) хворих. Екзантема виявлялася у 5 (9 %) дітей. Гепатолієнальний синдром зареєстровано у 41 (73 %) пацієнта, у решти – ізольоване збільшення печінки (14 %) або селезінки (5 %). У клінічному аналізі крові виявлено лейкоцитоз (48 %), лімфоцитом (100 %) і моноцитоз (52 %). У біохімічному аналізі крові тільки в 1 хворого відзначено підвищення вмісту білірубіну, у 17 (30 %) – АСТ, у 15 (27 %) – АЛТ, у 18 (32 %) – тимолової проби. При проведенні специфічної діагностики у 18 (32 %) пацієнтів виявлені антитіла класу Ig М до VCA/ВЕБ.

Отже, на інфекційний мононуклеоз частіше хворіли діти дошкільного віку чоловічої статі в осінню і зимову пори року. Відсутність у частини хворих характерних симптомів потребує застосування комплексу специфічного обстеження для встановлення етіології захворювання.

ЛЕЙКЕМОЇДНІ РЕАКЦІЇ У ДІТЕЙ

Богданова Г.В., Загородня А.П., Мінакова Н.Б.

Сумська обласна дитяча клінічна лікарня

Задачею нашого дослідження було на основі даних літератури та особистих спостережень встановити основні відмінності між лейкемоїдними реакціями та лейкозами.

Лейкемоїдні реакції- це не захворювання, а реактивні стани, зміни в складі крові, подібні з кротиною крові при лейкозах, інші пухлини і які не трансформуються в пухлину, яку нагадують. Зустрічаються в дитячому віці, провокуються вірусами, токсинами гельмінтів, продуктами розпаду клітин (при гемолізі сепсисі) та інш. Лейкемоїдні реакції можуть бути одно-, двох- та трьоххресткові, мієлоїдного, еозинофільного, лімфоїдного, моноцитарного типу. До них відносяться також симптоматичні еритроцитози.

Для лейкемоїдних реакцій (ЛР) характерним є перед клінікою наявність захворювання чи інтоксикації, що рідко спостерігається при лейкозах. При ЛР на відміну від лейкозу

загальний стан часто не порушений, болі в кістках та суглобах відсутні (при лейкозах – часто, інколи різко виражені).

Збільшення периферичних лімфофузлів для ЛР, на відміну від лейкозів, не характерно, геморагії на шкірі та слизових при ЛР зазвичай відсутні. Крім того при ЛР у дітей вкрай рідко відмічається збільшення печінки та селезінки, явища анемії. В той же час при лейкозах дані симптоми завжди виражені.

На відміну від лейкозів у дітей із ЛР зрушення в лейкограмі до незрілих клітинних елементів (лімфобластів, мієлоцитів) спостерігається вкрай рідко, так же як і тромбоцитопенія.

Критеріями діагностики лейкемоїдних реакцій є:

- зрушення вліво формули в гемограмі до мієлоцитів та промієлоцитів із значним числом палочкоядерних нейтрофільних метамієлоцитів (нейтрофільний тип);
- збільшення більше 20% кількості еозинофілів в периферичній крові та кістковому мозку з підвищенням числа еозинофільних метамієлоцитів, мієлоцитів чи промієлоцитів;
- збільшення більше 15% в периферійній крові кількості моноцитів з наявністю промоноцитів;
- зростання до 70% в периферійній крові числа лімфоцитів;
- зростання кількості плазматичних клітин в мієлограмі та поява їх в периферійній крові (більше 2%).

В залежності від переважання тих чи інших клітин крові виділяють лейкемоїдні реакції мієлоїдного типу (найбільш частий тип ЛР), а також лімфоцитарного типу (лімфоцитарного та моноцитарно-лімфоцитарного).

До лімфоцитарної реакції мієлоїдного типу частіше ведуть інфекції (сепсис, бешиха, скарлатина, пневмонія, дифтерія, туберкульоз, гнійно-септичні захворювання), а також прийом глюкокортикоїдів, отруєння угарним газом, прийом сульфаніламідів. Причиною виникнення ЛР еозинофільного типу служать в основному гельмінти (трихінельоз, опісторхоз, аскаридоз, стронгілоїдоз, фасціольоз). Інколи причиною виникнення ЛР можуть бути колагенози, алергози неясної етіології, лімфогрануломатоз, імунodefіцитні стани та ендокринопатії. В периферійній крові у дітей з лейкемоїдною реакцією еозинофільного типу відмічається лейкоцитоз (до $40-50 \times 10^9/\text{л}$ з високою еозинофілією (60-90%) за рахунок зрілих форм еозинофілів.

Діагноз виставляється на основі клініки та даних лабораторного обстеження. У важких випадках необхідні дослідження пунктату кісткового мозку, лімфовузів, селезінки. Прогноз залежить від основного захворювання і у більшості випадків сприятливий.

Особливої терапії ЛР не потребує. Проводиться лікування основного захворювання, яке призвело до ЛР.

Так чином, відмічені особливості дозволять своєчасно діагностувати ці реактивні стани і вчасно проводити необхідні терапевтичні заходи.

ДИСФУНКЦІЇ ЖОВЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ У ДІТЕЙ

Васильєва О.Г., Кожина Р.К., Сердюк Я.В., Міхно Т.В.

СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти з курсами пропедевтичної педіатрії і дитячих інфекцій

У практиці педіатра все частіше зустрічаються функціональні розлади жовчовивідних шляхів. Незважаючи на функціональний характер даної патології, вона супроводжується болем і диспепсичними розладами, особливо вираженими в дитячому віці, що погіршує якість життя дитини.

Метою роботи було вивчення клініко-анамнестичних особливостей дисфункцій жовчовивідних шляхів (ДЖВШ) у дітей. Нами було обстежено 42 дитини віком від 5 до 17 років з даною патологією, які перебували на лікуванні у педіатричному відділенні СМДКЛ.

У 100 % цих дітей основний діагноз був хронічний гастродуоденіт. У $(30,95 \pm 7,22) \%$ хворих була обтяжена спадковість по виразковій хворобі шлунка та 12-палої кишки. $(61,9 \pm 7,6) \%$ дітей в анамнезі мали прояви харчових та медикаментозних алергічних реакцій, $(78,6 \pm 6,4) \%$